



República del Ecuador

Ministerio de Salud Pública

Consejo Nacional de Salud
Comisión de Reforma de la Historia Clínica



Expediente único para la Historia Clínica

Consejo Nacional de Salud
Comisión de Reforma de la Historia Clínica

Expediente Único para la
Historia Clínica

Manejo del Registro Médico Orientado por Problemas
Guía para el análisis
Rediseño de los formularios básicos

Aprobado mediante
Resolución del Directorio del Consejo Nacional de Salud del 25 de octubre del 2006
Acuerdo Ministerial N° 0000620 del 12 de enero de 2007
Acuerdo Ministerial N° 0000116 del 16 de marzo de 2007

4ª Edición
Agosto 2007

Directorio del Consejo Nacional de Salud

Agosto 2007

Dra. Caroline Chang Campos
Ministra de Salud Pública - Presidenta del Directorio

Ec. Jeaneth Sánchez
Ministra de Bienestar Social

Dra. Nancy Váscquez
Directora General de Salud

Dr. Wellington Sandoval Córdova
Presidente del Consejo Directivo del IESS

Lic. Elena Valdivieso
Presidenta de AFEME

Dr. Iván Tinillo
Representante de los Gremios Profesionales

Dr. Paolo Marangoni
Representante de la Honorable Junta
de Beneficencia de Guayaquil

Dr. Santiago Contreras
Representante de SOLCA

CPNV CSM Dr. José Estévez Pérez
Representante de la Fuerza Pública

Ing. Jorge Marún
Presidente del CONCOPE

Ing. Jhonny Terán
Presidente de la AME

Dr. Leonardo Pazmiño
Representante de las Entidades de
Salud Privadas con fines de lucro

Dr. Nelson Oviedo
Representante de las Entidades de
Salud Privadas sin fines de lucro

Ab. Marianela Rodríguez
Representante de los Gremios de Trabajadores

Dr. Jorge Albán Villacís
Director Ejecutivo del CONASA

Consejo Nacional de Salud

Comisión de Reforma de la Historia Clínica 2004-2005

Consejo Nacional de Salud

Dr. Jorge Albán Villacís	Coordinador General de las Comisiones Técnicas
Dra. Irina Almeida Mariño	Coordinadora Técnica

Ministerio de Salud Pública

Dr. José Villacís Verdesoto	Director General de Salud
-----------------------------	---------------------------

Comisión permanente ad-honorem

Dra. Diana Andrade Yépez	Delegada del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Presidenta de la Comisión Científica de la Asociación Ecuatoriana de Medicina Interna
Dr. Carlos Guarderas Recalde	Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Central. Jefe del Departamento de Medicina Interna del Hospital Pablo Arturo Suárez
Dr. Juan José Suárez Martínez	Subdecano, Profesor y Delegado de la Facultad de Ciencias de la Salud Eugenio Espejo. Universidad Tecnológica Equinoccial

Colaboradores ocasionales ad-honorem

Dr. Harold Aguirre Herrera	Presidente de la Asociación Ecuatoriana de Medicina Interna. Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central
Lcda. Nancy Burbano de Brady	Delegada de la Sociedad Ecuatoriana de Bioética
Dr. Carlos Castillo Flamaín	Delegado de la Federación Médica Ecuatoriana Profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Francisco de Quito
Dr. Oswaldo Chaves Cevallos	Presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Bioética. Coordinador Académico de la Federación Latinoamericana y del Caribe de Bioética
Dr. Telmo Fernández Ronquillo	Coordinador del Foro Nacional de Investigadores en Salud. Director del Instituto de Investigaciones Médicas de la Universidad de Guayaquil

Ministerio de Salud Pública

Comisión de Reforma de la Historia Clínica Única 2006

Dr. José Avilés	Director General de Salud
Dr. Agustín Cevallos	Dirección General de Salud
Dr. Fernando Astudillo	Proceso de Normatización
Dr. Mario Paredes	Proceso de Ciencia y Tecnología
Dr. José Castro	Proceso de Normatización
Dr. Washington Estrella	Proceso de Normatización
Lcdo. Segundo Silva	Proceso de Servicios de Salud
Dr. Xavier Toledo	Proceso de Oferta-Demanda
Dem. Renata Jara	Proceso de Aseguramiento de la Calidad

No. 0000620

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- QUE; de conformidad con lo previsto en los artículos 176 y 179; Capítulo 3, Título VII de la Constitución Política de la República, los Ministros de Estado, representarán al Presidente de la República, en los asuntos propios del Ministerio a su cargo, esto en concordancia con lo dispuesto en el último inciso del Art. 17 del Decreto Ejecutivo No. 2428 publicado en el Registro Oficial No. 536 de 28 de marzo de 2002, que modifica el Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva;
- QUE; el Artículo 42 de la Carta Magna, dispone que: “El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia”;
- QUE; el Artículo 45 de la Carta Magna, dispone que: “El Estado organizará un Sistema Nacional de Salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector, funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa”;
- QUE; el Artículo 11, y sus literales a) a la i) de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud dispone que “la provisión de servicios de salud es plural y se realiza con la participación coordinada de las instituciones prestadoras”; y,
- QUE; el Artículo 17 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, inciso segundo, determina que las resoluciones del Consejo Nacional de Salud, serán de cumplimiento obligatorio para todos los integrantes del Sistema.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONCEDIDAS POR LOS ARTÍCULOS 176 Y 179 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA Y 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA:

ACUERDA:

- Art.1.- Aprobar y publicar los productos consensuados y conocidos por el Directorio del Consejo Nacional de Salud, que a continuación se detallan:
- a. Política Nacional de Medicamentos, aprobada en reunión de Directorio del 19 de julio de 2006.
 - b. Reforma del Marco Conceptual y de los Formularios Básicos de la Historia Clínica Única, aprobado en Directorio del 25 de octubre de 2006.
 - c. Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, aprobado en Directorio del 25 de octubre de 2006.

d. Política y Plan de Promoción del Sistema Nacional de Salud, aprobados en Directorio del 21 de diciembre del 2006.

e. VI Revisión del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, aprobada en Directorio del 21 de diciembre del 2006.

Art.2.- De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial que entrará en vigencia a partir de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárguense la Dirección General de Salud y el Consejo Nacional de Salud.

Dado en el Distrito Metropolitano de Quito, a, 12/01/07



DR. GUILLERMO WAGNER CEVALLOS

MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

PRESIDENTE DEL DIRECTORIO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD

No. 0000116

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- QUE; de conformidad con lo previsto en los artículos 176 y 179; Capítulo 3, Título VII de la Constitución Política de la República, los Ministros de Estado, representarán al Presidente de la República, en los asuntos propios del Ministerio a su cargo, esto en concordancia con lo dispuesto en el último inciso del Art. 17 del Decreto Ejecutivo No. 2428 publicado en el Registro Oficial No. 536 de 28 de marzo de 2002, que modifica el Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva;
- QUE; el Artículo 42 de la Carta Magna, dispone que: “El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia”;
- QUE; el Artículo 45 de la Carta Magna, dispone que: “El Estado organizará un Sistema Nacional de Salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector, funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa”;
- QUE; el Artículo 11, y sus literales a) a la i) de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud dispone que “la provisión de servicios de salud es plural y se realiza con la participación coordinada de las instituciones prestadoras”; y,
- QUE; el Artículo 17 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, inciso segundo, determina que las resoluciones del Consejo Nacional de Salud, serán de cumplimiento obligatorio para todos los integrantes del Sistema.
- QUE; mediante Acuerdo No. 000620 de 12 de enero del 2007, se aprueba y publica el listado de productos consensuados por el Directorio del Consejo Nacional de Salud

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONCEDIDAS POR LOS ARTÍCULOS 176 Y 179 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA Y 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA:

ACUERDA:

- Art.1.- Publicar en detalle los productos enunciados en el Acuerdo Ministerial No. 000620 de 12 de enero del 2007:
- Política Nacional de Medicamentos, aprobada en reunión de Directorio del 19 de julio de 2006.
 - Reforma del Marco Conceptual y de los Formularios Básicos de la Historia Clínica Única, aprobado en Directorio del 25 de octubre de 2006.

- c. Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, aprobado en Directorio del 25 de octubre de 2006.
- d. Política y Plan de Promoción del Sistema Nacional de Salud, aprobados en Directorio del 21 de diciembre del 2006.
- e. VI Revisión del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, aprobada en Directorio del 21 de diciembre del 2006.

Art.2.- De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial que entrará en vigencia a partir de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárguense la Dirección General de Salud y el Consejo Nacional de Salud.

Dado en el Distrito Metropolitano de Quito, a, 06/03/07



DRA. CAROLINE CHANG CAMPOS
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

PRESIDENTA DEL DIRECTORIO DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD

Índice

Resumen ejecutivo	15
Expediente único para la Historia Clínica	17
Marco legal	17
Justificación	17
Situación propuesta	18
Manejo del Registro Médico Orientado por Problemas	18
Guía para el análisis y discusión de un caso clínico	19
Fase I	21
Recolección de la información	
Fase II	21
Análisis	
Lista de Problemas	
Hipótesis	
Planes: diagnósticos, terapéuticos y educativos	
Notas de evolución	
Fase III	25
Síntesis	
Lista condensada de diagnósticos y manejo	
Epicrisis, referencia y contrarreferencia	
Bibliografía	27
Formularios	29
Lista y Formularios Básicos rediseñados de la Historia Clínica	31
Lista y Formularios del Registro Médico Orientado por Problemas	65

Resumen Ejecutivo

Desde febrero a septiembre del 2003, la Dirección Nacional de Planificación y Financiamiento del Ministerio de Salud Pública, elabora la propuesta de rediseño de los formularios básicos de la Historia Clínica.

Entre octubre y noviembre del 2003, la Dirección Nacional de Planificación del MSP integra la Comisión Nacional de la Historia Clínica, con delegados de la Dirección Nacional de Áreas de Salud, Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud, División de Estadística y de la Unidad de Análisis de la Situación de Salud Pública, encargada del Sistema Común de Información, para discutir la propuesta.

En enero del 2004, el Ministerio de Salud Pública entrega de manera formal la propuesta de modificación ante el Directorio del Consejo Nacional de Salud. En febrero del 2004, se realiza la primera socialización la propuesta a través de un taller nacional convocado por el CONASA.

En junio del 2004, se realiza el taller nacional de seguimiento y recopilación de observaciones, comentarios y aportes a la propuesta; y, se inicia el estudio de la propuesta del Manejo del Registro Médico Orientado por Problemas con los aportes de 17 instituciones del Sistema Nacional de Salud. En noviembre de 2004, se realiza el taller de análisis y validación del primer pilotaje y se elabora el primer borrador, que es entregado al Directorio del Consejo Nacional de Salud.

En enero del 2005, con anuencia del Directorio del CONASA, se conforma la Comisión Ad hoc de la Historia Clínica con delegados del Ministerio de Salud Pública, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, del Hospital Pablo Arturo Suárez, de la Federación Médica Ecuatoriana, de la Universidad Tecnológica Equinoccial, de la Asociación Ecuatoriana de Medicina Interna, de la Sociedad Ecuatoriana de Bioética, del CONASA y de la OPS/OMS.

Entre abril y mayo del 2005, se realiza el segundo pilotaje y validación de la propuesta en las unidades operativas públicas y privadas, sistematizándose la propuesta con cooperación de OPS/OMS y se elabora el segundo borrador. A partir de julio del 2005, se realizan reuniones semanales de la Comisión Ad-hoc para el análisis del segundo borrador y elaboración de la propuesta definitiva, la misma que es presentada a las autoridades del CONASA y enviada a las autoridades del Ministerio de Salud Pública.

En diciembre de 2005, se revisa y analiza el documento en el Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud y se propone realizar un tercer pilotaje para validar la propuesta en las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública.

En febrero de 2006, se integra la Comisión de la Historia Clínica del Ministerio de Salud Pública, conformada por la Dirección General de Salud, la Dirección de Aseguramiento de la Calidad, la Dirección de Normatización, la Dirección de Servicios de Salud, la Dirección de Demanda y Oferta, la Dirección de Salud Pública; y, la Dirección de Ciencia y Tecnología que revisa la documentación y entrega su informe final en septiembre de 2006; luego de que el Directorio del 19 de julio aprueba la solicitud de la Directora General de Salud de ese entonces, para ampliar el plazo en dos meses para que el Ministerio de Salud Pública presente sus comentarios y aportes técnicos al instrumento Historia Clínica Única.

Sobre la base del informe final enviado por el Ministerio de Salud, se mantiene una reunión de trabajo en octubre del 2006, entre los delegados de la Comisión de la Historia Clínica del Ministerio de Salud y de la Comisión de Reforma de la Historia Clínica del Consejo Nacional de Salud, en la que se llega a los siguientes acuerdos:

1. Elevar para la aprobación del Directorio del Consejo Nacional de Salud los formularios que han sido revisados durante el proceso de reforma de la Historia Clínica iniciado en enero del 2004 y validados por la Comisión de Historia Clínica Única del Ministerio de Salud, es decir, los siguientes 14 formularios básicos: consulta externa, anamnesis y examen físico, signos vitales, evolución y prescripciones, epicrisis, interconsulta, emergencia, laboratorio clínico, referencia, imagenología, histopatología, odontología, administración de medicamentos; y, trabajo social.
2. Los formularios de admisión y alta, atención prehospitalaria y la ficha familiar, propuestos por el Ministerio de Salud, luego de ser consensuados al interior de la Comisión de Reforma de la Historia Clínica del Consejo Nacional de Salud, se elevarán para conocimiento y aprobación del Directorio en su última reunión del presente año.
3. Los formularios del Registro Médico Orientado por Problemas, lista de problemas, notas de evolución SOAP, prescripciones médicas SOAP, lista de diagnósticos, concentrado de laboratorio; y, concentrado de exámenes especiales; deberán ser utilizados en forma inicial por los profesionales formados en el manejo del Registro Médico Orientado por Problemas; para posteriormente de manera progresiva difundir su utilización por todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

El documento final, puesto a consideración del Directorio del CONASA, fue aprobado mediante Resolución del 25 de octubre de 2006 y Acuerdos Ministeriales N° 0000620 y N° 0000116 del 12 de enero y 16 de marzo de 2007 respectivamente.

Expediente único para la Historia Clínica

Manejo del Registro Médico Orientado por Problemas

Guía para el análisis

Rediseño de los Formularios Básicos

Marco legal

El actual proceso de revisión conceptual y de los formularios de la Historia Clínica Única, se fundamenta en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, artículo 11, literal d; y, artículo 27, publicada en el Registro Oficial No. 670 del 25 de Septiembre del 2002; y, en los artículos 77, 78 y 79, y en la disposición transitoria cuarta del Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, publicado en el Registro Oficial No. 9 del 28 de enero del 2003.

Justificación

La Historia Clínica, es un documento que registra la experiencia médica con el paciente y representa un instrumento imprescindible para el cuidado actual o futuro, que requiere de un sistema de metodología de registro y análisis que reúna la información para análisis posteriores dentro de un contexto médico legal.

La progresiva complejidad en la gestión de servicios de salud y los avances en la informática exigen que la implantación de los nuevos modelos de atención y gestión se apoyen en sistemas documentales de información y registros que permitan un monitoreo y evaluación dinámicos de las actividades de salud utilizando los datos obtenidos de la práctica clínica, para bajo los conceptos actuales de bioética asegurar estándares de calidad en la atención médica, mejorar la precisión diagnóstica, regular el uso de exámenes complementarios, racionalizar los tratamientos de manera eficaz, favorecer la investigación y la docencia e incorporar a otros profesionales de la salud en el seguimiento y control del paciente; lo que en definitiva redundará en disminuir la morbilidad, evitar el subregistro de enfermedades, mejorar la relación costo-beneficio, optimizar los recursos humanos y materiales existentes en las unidades de salud y mejorar el acceso y la calidad de atención.

La evaluación integral de la calidad científica del trabajo profesional requiere de manera urgente una redefinición conceptual e instrumental de la Historia Clínica Única hacia el **Manejo del Registro Médico Orientado por Problemas (MRMOP) cuyos pilares fundamentales son:**

1. Base de datos
2. Lista de problemas
3. Hipótesis
4. Planes
5. Notas de evolución

Los resultados esperados dependerán de su aplicación a nivel nacional, de la capacitación, difusión y retroalimentación del proceso y sobre todo del compromiso institucional de las organizaciones miembros del Sistema Nacional de Salud.

Situación propuesta

El cambio en el modelo, incorporando el Manejo del Registro Médico Orientado por Problemas (MRMOP), surge como una necesidad que implica el rediseño e introducción de nuevos formularios para la recopilación de la información y un cambio en la conducta científica y en la atención de salud en nuestro país. En realidad constituye un nuevo paradigma asistencial, docente, investigativo y de evaluación en la prestación de salud que siempre deben estar interrelacionados.

El nuevo modelo exige una actitud de cambio, un proceso continuo de capacitación, monitoreo, supervisión y evaluación; todo en función del trabajo en equipo multidisciplinario. Su implementación fortalecerá la investigación epidemiológica retrospectiva y prospectiva, con bases de datos de calidad.

El beneficiario intermedio de esta implementación será el Sistema Nacional de Salud pues permitirá el ahorro de recursos y la optimización de procesos. El beneficiario final será el ciudadano, sano o enfermo, que recibirá una atención de salud que privilegia la calidad, con respeto a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, pluralidad, eficiencia, ética e integridad.

Manejo del Registro Médico Orientado por Problemas

El expediente único para la historia clínica es el documento en el que se registra la historia de salud de una persona y los conocimientos científicos y la experiencia del equipo de salud. Representa un instrumento imprescindible para el cuidado actual o futuro de la salud. Los formularios del expediente varían según el servicio donde se lo aplique (emergencias, consulta externa u hospitalización) o del nivel de atención (medicina general o de especialidad).

La Historia Clínica Orientada por Problemas propuesta por Lawrence Weed, en 1964, también conocida como “Método de Weed”, es una metodología innovadora, sistemática y ordenada de la información, que rebasa el ámbito de la historia clínica tradicional.

En definitiva es el resultado de un registro de información compilado para un análisis posterior, que ha sido probado por universidades y centros asistenciales de todo el mundo.

Nosotros ampliamos el concepto cuando hablamos del Manejo del Registro Médico Orientado por Problemas, introduciendo la Guía de Análisis.

Guía para el análisis y discusión de un caso médico

1. Historia Clínica: Recolección de los datos

- 1.1 Comentarios a la anamnesis
- 1.2 Comentarios al examen físico

————— Aplicación de la Semiología general y especial —————

2. Análisis de los síntomas:

- 2.1 Elaboración de una lista de las probables estructuras o estadios de la función en la que se origina cada síntoma
- 2.2 Análisis para seleccionar la estructura o el estadio de la función en la que se origina cada síntoma
- 2.3 Análisis para establecer las razones por las cuales se presente este síntoma

NOTA: Los numerales 2.2 y 2.3, pueden tratarse simultáneamente

3. Análisis de los signos

Síganse las mismas pautas y el mismo orden que para el análisis de los síntomas

4. Formación de los síndromes (Primer nivel de hipótesis diagnóstica)

5. Elaboración de una lista de los exámenes complementarios necesarios para confirmar los síndromes, y análisis de dichos exámenes

————— Aplicación de la Anatomía Patológica, Fisiopatología y Semiología —————

————— (Se necesita como prerrequisito, de todas las Ciencias Básicas) —————

6. Diagnóstico diferencial por exclusión:

- 6.1 Formulación de una lista de probables entidades nosológicas a las cuales pudieran pertenecer los síndromes
- 6.2 Análisis de cada una de las entidades nosológicas propuestas
- 6.3 Toma de decisión sobre la entidad nosológica más probable (Segundo nivel de hipótesis diagnóstica)
- 6.4 Formulación de una lista de exámenes complementarios específicos para el caso, y análisis de los mismos
- 6.5 Toma de decisión sobre el diagnóstico nosológico definitivo

————— Aplicación de la Semiología y la Nosología —————

7. Formulación de un esquema terapéutico:

- 7.1 Elaboración de una lista de medidas generales y análisis del por qué de las mismas
- 7.2 Elaboración de una lista de medicamentos a usarse y análisis del por qué de la misma.

————— Aplicación de las Buenas Prácticas de Prescripción —————

8. Criterios para el establecimiento del pronóstico y evolución

9. Elaboración de una lista de criterios educativos, profilácticos y de otros órdenes, debidamente justificados por el análisis

_____ Aplicación de conceptos nutricionales, higiénicos, éticos y otros _____

10. Bibliografía

NOTA: A lo largo de todo el proceso debe aplicarse las conductas recomendadas por la Medicina Basada en Evidencias

Otro fundamento del MRMOP es un enfoque sistematizado cuyos principales elementos de acuerdo a la descripción original de Weed y añadidos a la misma son:

Tabla I

Fases del Manejo del RMOP (Modificado de Weed)

Fase I

1. Recolección y registro de la información:
 - 1.1. Base de datos
 - 1.2. Lista inicial de problemas
-

Fase II

2. Análisis
 - 2.1. Lista complementaria de problemas
 - 2.2. Hipótesis
 - 2.3. Planes
 - 2.4. Notas de evolución
-

Fase III

3. Síntesis
 - 3.1. Lista condensada de diagnósticos y manejo
 - 3.2. Informe médico final (Epicrisis)
-

Fase I

1. Recolección de la información para formar la base de datos

Weed, creó el concepto de *base de datos* en respuesta al siguiente cuestionamiento: ¿Qué información exacta puede descubrirse en forma más productiva para beneficio del paciente que recibe atención médica? La información exacta significa una anamnesis y un examen físico completo y debidamente registrado, lo que se favorece con los formularios que se proponen. Por ejemplo:

Tabla II

Base de Datos del RMOP

- | |
|---|
| 1. Datos de filiación |
| 2. Motivo de consulta o ingreso |
| 3. Perfil del paciente (hábitos, factores epidemiológicos de riesgo, personalidad, situación sociofamiliar, etc.) |
| 4. Antecedentes familiares y personales relevantes |
| 5. Historia del problema actual |
| 6. Anamnesis por aparatos o sistemas |
| 7. Exploración física |
| 8. Datos complementarios disponibles |

Fase II

2. Análisis

2.1. Lista de problemas

Consiste en la elaboración correcta de un listado de los problemas extraídos de la Base de Datos (Formulario 001-A), que van a ser los que requieran la atención continua del médico o de otros miembros del equipo sanitario. Deberá consignar los problemas de cualquier tipo: psicológicos, sociales, factores de riesgo, síntomas, signos, hallazgos de pruebas complementarias de laboratorio o imagen o situaciones potencialmente peligrosas (tratamientos, alergias, etc.), todos ellos, partiendo del nivel más elemental (como síntomas o signos) y/o expresados en un mayor nivel de comprensión, es decir, agrupados como síndromes, si fuera posible, o sustituidos por un diagnóstico etiológico cuando éste haya sido confirmado. En ningún caso, sin embargo, debe considerarse como una lista de diagnóstico diferencial o de posibilidades que expliquen el cuadro clínico del paciente.

Su correcta elaboración exige ciertos requisitos:

1. Debería contener siempre la edad y el sexo del paciente en mención, siempre como un parámetro de referencia y análisis. Los mismos se deberán registrar en el apartado y columna respectivos creados para el efecto.
2. El listado de problemas deberá ser completo y extraído imprescindiblemente de una adecuada base de datos.
3. Cada problema deberá ser consignado con su respectivo número, que permita su identificación a través del RMOP en su análisis inicial y en las notas de evolución.
4. Cada problema tendrá su fecha de aparición o detección, lo más precisa posible.
5. Los problemas deberán ser ordenados, de manera secuencial por cronología (antecedentes, hábitos, factores de riesgo, síntomas, signos y exámenes complementarios, en ese orden).
6. Cada problema deberá registrarse en forma concreta y resumida (no se trata de trasladar la enfermedad actual a la lista de problemas).
7. Se acepta asociar problemas cuya causalidad y explicación fisiopatológica sea la misma, ejemplo: náusea-vómito o escalofrío-fiebre, etc.
8. Cada problema deberá consignarse en la lista usando terminología semiológica y médica, ejemplo: cefalea y no dolor de cabeza.
9. Cada problema deberá constar en la forma más definida posible, ejemplo: será mejor epigastralgia, que dolor abdominal y mejor aún ardor epigástrico, pues se está delimitando en dos palabras el lugar y el tipo de dolor abdominal.
10. Se deberán diferenciar los problemas activos de los problemas pasivos, lo cual permitirá priorizar aquellos problemas que requieren atención y análisis inmediatos, ejemplo: una apendicectomía pasada debe consignarse como problema pasivo en el contexto de una cefalea. Sin embargo, cabe mencionar que la designación no es rígida y puede cambiar, ejemplo: la misma apendicectomía en el contexto de un dolor abdominal relacionado a un abdomen agudo obstructivo, debería consignarse como un problema activo en relación probable con adherencias. La catalogación en activos o pasivos se la hace con las letras A y P respectivamente en la columna creada para el efecto. Se excluyen los antecedentes familiares.

La *lista de problemas* es por esencia misma, dinámica. Puede estar sujeta a corrección, cuando no se confirman los problemas o están mal consignados. La aparición o detección de nuevos síntomas o signos, de resultados anormales de laboratorio o imagen y la conclusión de diagnósticos, obtenidos con su fecha correspondiente, se constituyen sucesivamente en nuevos problemas, que se registrarán secuencialmente en la misma (*complementación de la lista de problemas*).

De esta forma, la *lista de problemas* deberá ser completada continuamente en la medida que evolucione la enfermedad del paciente, o que se disponga de datos adicionales o aparezcan nuevas situaciones. La Lista de Problemas deberá ser, finalmente, cerrada o *resuelta* una vez que todos los problemas hayan sido explicados a través de uno o varios diagnósticos, que pasarían ese momento a constituirse en los problemas finales y a futuro en antecedentes. Esto, facilitará su seguimiento posterior en consulta ambulatoria o en una nueva internación hospitalaria.

Su correcta implementación exige una permanente actitud crítica ante su elaboración y una estrecha supervisión por un sistema asistencial y docente piramidal.

La *lista de problemas* debe estar situada al principio de la historia y sirve como un resumen valioso y actualizado, como un índice de estudio y lista de cotejo de justificación o exclusión de posibles diagnósticos, que permite al médico responsable y al estudiante un enfoque completo del paciente o del caso problema y a otros profesionales (médicos consultores, residentes de guardia, enfermeras, entre otros) el acceso rápido y sin prejuicios a la información.

2.2. Hipótesis

En el planteamiento original de Weed este paso está implícito, pero debe estar francamente explicitado y consignado en las hojas de evolución y prescripciones médicas (Formulario 005). De manera concreta se propone la aplicación de la Guía para el Análisis.

Con fines académicos, la síntesis y la integración de los problemas permiten mediante análisis probabilístico la formulación de una o, mejor aún, varias hipótesis. Este paso también exige el cumplimiento de ciertos requisitos:

1. Deberían ser lo más amplias posibles (la hipótesis única no es aconsejable).
2. En lo posible, se debería partir de una hipótesis general “marco” seguidas de las más específicas, ejemplo: Sangrado Digestivo Alto - Síndrome de Mallory-Weiss.
3. Se debe procurar que las hipótesis guarden una lógica correlación y concatenación causa-efecto, ejemplo: Disentería por *Entamoeba histolytica*, proceso primario a secundario, ejemplo: Doble lesión mitral secundaria a Fiebre reumática, y enfermedad-complicación, ejemplo: Neumonía complicada con Empiema.
4. Toda hipótesis debe estar justificada sobre la base de un análisis lógico, sustentado en el estudio y conocimiento, utilizando la base de datos disponible del caso, cotejado con la lista de problemas. Este razonamiento debe quedar registrado en forma escrita y concreta. Con la realización de este ejercicio es posible apreciar la influencia que un problema puede tener sobre otro y, a veces, de inicio llegar a una clara comprensión de la enfermedad del paciente. Ejemplo: ante un caso de fiebre y soplo cardíaco, quien no siga este proceso es posible que en principio, no piense en una Endocarditis Bacteriana subaguda; sin embargo, la experiencia adquirida con el uso de la lista de problemas y el planteamiento de hipótesis le exigirá recordar que cualquier ítem no resuelto debe obligarlo a *detenerse y pensar* para preguntarse si los problemas tienen o no relación entre sí.

La lista de problemas, necesariamente obliga al médico, estudiante y al equipo de salud a percibir al paciente como un todo y a construir la hipótesis basada en la totalidad de los problemas.

2.3. Planes: diagnósticos, terapéuticos y educativos

Otro elemento esencial del MRMOP es la descripción de los planes que el médico establece para la confirmación-exclusión de las respectivas hipótesis. Los mismos deberán ser consignados en forma separada para cada una de las hipótesis. Dichos planes pueden incluir: procedimientos diagnósticos, medidas terapéuticas y educativas.

En cuanto a los **planes diagnósticos**, si el problema está aclarado es muy poco lo que se debe hacer para llegar al diagnóstico. De hecho, existen entidades nosológicas cuyo diagnóstico es puramente clínico, ejemplo: Síndrome gripal. Al contrario, si él o las hipótesis no están confirmadas es conveniente hacer una lista de estudios consignando y priorizando la investigación que se va a efectuar para cada posibilidad.

Este ejercicio obliga el empleo razonado de las técnicas o pruebas diagnósticas evitando su realización indiscriminada o en serie. Una práctica inteligente con una buena relación riesgo-coste-eficacia, consiste en seleccionar las pruebas diagnósticas más apropiadas para cada paciente en particular tomando en cuenta además la sensibilidad, especificidad y valor predictivo de cada prueba en función de la patología. No existe nada más costoso e improductivo que la realización de “pruebas de rutina”. Esta sistematización quizás sea una de las mayores ventajas del método propuesto, tanto en el aprendizaje de los futuros médicos como en la práctica asistencial ambulatoria u hospitalaria pública o privada, con la finalidad última de optimizar recursos y mejorar el acceso y calidad de atención.

Por otra parte, como queda dicho, se deben realizar **planes terapéuticos**. Para ello es preciso que el médico determine cuál es el tratamiento necesario en ese momento. A las órdenes iniciales seguirán otras de acuerdo con la evolución de los problemas. Aun sin un diagnóstico final definido existen medidas terapéuticas temporales o sintomáticas universalmente aceptadas que deben indicarse, ejemplo: antitérmicos en caso de fiebre elevada, hidratación oral o parenteral en caso de deshidratación y analgésicos en caso de dolor, entre otros.

En el caso de pacientes hospitalizados que pueden requerir tratamientos complejos, las indicaciones o instrucciones de diagnóstico y tratamiento deben estar redactadas de forma clara y ordenada y cubrir todos los aspectos de atención al enfermo.

Es necesario seguir siempre un mismo orden para evitar errores u omisiones, para lo cual se plantea:

1. Prescripciones generales
2. Prescripciones de fármacos e insumos médicos
3. Procedimientos específicos
4. Recomendaciones para cada caso
5. Establecimiento del criterio pronóstico utilizando códigos de alarma rojo, amarillo y verde

Cuando el paciente ingresa por consulta externa o emergencias, en el Expediente Único para la Historia Clínica constará el servicio que deberá continuar con la atención.

En otro orden, es útil consignar los **planes educativos** que incluyen los derechos y deberes de los pacientes y sus familiares, durante todo el proceso desde su primera consulta hasta el ingreso o alta. En ellos, se indicará si se advirtió al paciente acerca del riesgo de algún procedimiento y si se le explicó por qué y para qué se realizó el mismo (*Consentimiento Informado*).

Además, al momento del alta se deben incluir las indicaciones educativas y preventivas que reforzarán el tratamiento.

2.4. Notas de Evolución

También conocidas como *notas de progreso*. Su objetivo es reflejar la evolución de la enfermedad, durante el ingreso o en sucesivas revisiones ambulatorias, con especial interés en la aparición de complicaciones o nuevos datos y su interpretación, la respuesta terapéutica y la necesidad de pruebas diagnósticas adicionales.

Resulta muy útil seguir un modelo propuesto que ha sido consignado con las siglas **SOAP** y que permite el registro sistemático y ordenado de la información:

- (S) de subjetivo:** referido a los síntomas manifestados por el paciente durante su evaluación o la variabilidad de los mismos;
- (O) de objetivo:** referido a los signos que se evidencia al examinar al paciente;
- (A) de análisis:** referido al análisis lógico de la nueva información en el contexto de la previa, con una finalidad diagnóstica y pronóstica; y,
- (P) de planes:** como corolario dinámico y lógico en las tres esferas previamente comentadas.

Es recomendable realizar esto, con cierta periodicidad, una especie de resumen o valoración global de la situación del enfermo y de los planes diagnósticos, terapéuticos y educacionales. Esto dependerá en cada caso, de la gravedad o de la relevancia de la nueva información y se elaborarán cuantas veces sean necesarias.

Fase III

3. Síntesis

3.1. Lista condensada de diagnósticos y manejo

3.2. Epicrisis, referencia y contrarreferencia

La lista condensada de diagnósticos y manejo (Formulario 006 reverso) se constituye en un complemento necesario de la Lista de Problemas, que solo consigna los problemas y los diagnósticos, las explicaciones o resoluciones de los mismos, pero no como se manejaron. Evita tener que revisar múltiples notas de evolución e indicaciones médicas de fechas distintas donde estaría dispersa esta información.

La Epicrisis (Formulario 006 anverso) constituye el resumen condensado de la evaluación del paciente, que refleja los antecedentes y factores de riesgo, un cuadro clínico condensado, los diagnósticos y pronósticos establecidos, el tratamiento recibido, el plan de manejo, su control a futuro y las medidas educativas así como preventivas.

La referencia y contra-referencia (Formulario 006 anverso) facilita en forma breve y resumida el conocer de manera secuencial en el tiempo (¿a qué edad y en qué fecha?) todos los diagnósticos confirmados de un paciente con su respectivo código de asignación internacional (CIE) y el tratamiento respectivo recibido, información muy útil cuando el paciente es valorado luego de algún tiempo, por otros actores y en otros centros asistenciales.

Bibliografía

1. American Board of Internal Medicine. Clinical competence in Internal Medicine. *Ann Intern Med* 1979; 90: 402-11.
2. Campbell EJ. El pensamiento diagnóstico. *Lancet* (Edición. esp.) 1987; 11: 132-4.
3. Castillo C, Suárez JJ, Hidalgo R. Historia Clínica Orientada por Problemas. En Hidalgo R. Medicina Basada en Evidencias. Cuadernos Académicos de la Facultad de Medicina. PUCE. Quito, 1999.
4. Foz G, Prieto A, Fábrega S. Historia clínica y sistema de registro. En: Martín-Zurro A, Cano F, editores. Manual de atención primaria, 2a edición. Barcelona: Doyma, 1988.
5. Griner PF, Mayewski RJ, Mushlin AI, Grunland P. Selection and interpretation of diagnostic tests and procedures. *Ann Intern Med* 1981; 94: 553-600.
6. Guarderas C. Guía para el análisis y discusión de un caso clínico. En: Reforma de la Escuela de Medicina de la Universidad Central. Editorial Casa del Estudiante. Quito. 2003.
7. Hurst JW, Walker H. The problem-oriented system. Baltimore: Williams Wilkins, 1972.
8. Hurst JW, Walker HK, Hall WD. More reasons why Weed is right. *N Engl J Med* 1973; 288: 629-30.
9. Hurst JW. El ejercicio de la medicina. En Hurst JW, ed. Medicina Interna. Tratado para la práctica médica. Madrid: Panamericana, 1984.
10. Kassirer JP. Diagnostic reasoning. *Ann Intern Med* 1989; 110: 893-900.
11. Lalama M, Terán R. Buenas prácticas de prescripción. Editorial Color Offset. Quito. 2000.
12. Pozo Rodríguez F. La eficacia de las pruebas diagnósticas (I y II). *Med Clin (Barc)* 1988; 90: 779-89 y 91: 177-83.
13. Quill TE. Recognizing and adjusting to barriers in Doctor- Patient communication. *Ann Intern Med* 1989; 111: 51-7.
14. Reiser SJ. The clinical record in medicine (part I). Learning from cases. *Ann Intern Med* 1991; 114: 902-7.
15. Reiser SJ. The clinical record in medicine (part II). Reforming content and purpose. *Ann Intern Med* 1991; 114: 980-5.
16. Suárez JJ. Registro Médico Orientado por Problemas. En Carrillo E. Problemas en Medicina Interna-SOAP. Abya-Yala. Quito. 2001.
17. Suárez JJ, Hidalgo R. Registro Médico Orientado por Problemas. En Hidalgo R. Medicina Basada en Evidencias. Libro Universitario Regional. Costa Rica. 2002.
18. Walker HK, Hall WD, Hurst JW. Clinical Methods: The history, physical, and laboratory examinations. 2d edición. Boston: Butterworths, 1980.
19. Weed IL. Medical records, patient care, and medical education. *Brish J M Sc* 1964; 6: 271-282.
20. Weed IL. New approach to medical teaching. Resident Physician. *Brish J M Sc* 1967; 13: 77-93.
21. Weed IL. Patient record as extension of basic science training of physician. Syllabus, case presented at Western Reserve University School of Medicine, Cleveland, Ohio, 1967.
22. Weed IL. Medical records that guide and teach. *N Engl J Med* 1968; 278: 593-600, 652-657.
23. Weed IL. Medical Records, Medical Education, and Patient Care: The problem-oriented record as basic tool. Cleveland. The Press of Case Western Reserve University, 1969.
24. Weed IL. Medical records, medical education, and patient care. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1969.

**Lista de
formularios
básicos
rediseñados**

Formulario SNS MSP	Denominación	Anverso	Reverso
002	Consulta externa	Anamnesis y examen físico	Evolución
003	Anamnesis y examen físico	Anamnesis (hospitalización)	Examen físico (hospitalización)
004	Signos vitales	Signos vitales (1)	Signos vitales (2)
005	Evolución y prescripciones	Evolución y prescripciones (1)	Evolución y prescripciones (2)
006	Epicrisis	Epicrisis (1)	Epicrisis (2)
007	Interconsulta	Interconsulta-solicitud	Interconsulta-informe
008	Emergencia	Emergencia (1)	Emergencia (2)
010	Laboratorio clínico	Solicitud	Informe
011	Referencia	Referencia	Contrareferencia
012	Imagenología	Solicitud	Informe
013	Histopatología	Solicitud	Informe
014	Odontología	Odontología (1)	Odontología (2)
015	Administración de Medicamentos	Administración de medicamentos (1)	Administración de Medicamentos (2)
016	Trabajo social	Evaluación	Evolución

Modificaciones en la nomenclatura de los formularios básicos

1. Los formularios 003

(Anamnesis) y 004 (Examen Físico) vigentes, se unificarán en el nuevo formulario 003 (Anamnesis y Examen Físico)

2. El formulario 006

(Epicrisis y Transferencia) vigente, se desagregará en los nuevos formulario 006 (Epicrisis) y formulario 011 (Referencia)

3. El formulario 021

(Signos Vitales) vigente, será sustituido por el nuevo formulario 004 (Signos Vitales)

4. El formulario 017

(Administración de Medicamentos) vigente, será sustituido por el nuevo formulario 015 (Administración de Medicamentos)


5. El formulario 033

(Odontología) vigente, será sustituido por el nuevo formulario 014

6. El formulario 038

(Servicio Social) vigente, será sustituido por el nuevo formulario 016 (Trabajo Social)

Formularios básicos rediseñados



ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
			M	F		

1 MOTIVO DE CONSULTA

2 ANTECEDENTES PERSONALES

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

5 REVISION ACTUAL DE ORGANOS Y SISTEMAS

6 SIGNOS VITALES								
FECHA								
PESION ARTERIAL								
PULSO X min								
TEMPERATURA °C								

7 EXAMEN FISICO

8 DIAGNOSTICOS				CIE	PRE	DEF	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1							3				
2							4				

9 PLANES	DE DIAGNOSTICO, TERAPEUTICOS Y EDUCACIONALES

CODIGO					
FECHA PARA CONTROL		HORA FIN		MEDICO	
				FIRMA	

SNS-MSP / HCU-form.002 / 2007

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
			M	F		

1 MOTIVO DE CONSULTA		ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSION DEL INFORMANTE	
A		C	
B		D	

2 ANTECEDENTES PERSONALES		DESCRIBIR ABAJO, ANOTANDO EL NUMERO CORRESPONDIENTE										FUM= FECHA ULTIMA MENSTRUACION FUP= FECHA ULTIMO PARTO FUC= FECHA ULTIMA CITOLOGIA									
1. VACUNAS	5. ENF. ALERGICA	9. ENF. NEUROLOGICA	13. ENF. TRAUMATICA	17. TENDENCIA SEXUAL	21. ACTIVIDAD FISICA	MENARQUIA -EDAD-		MENOPAUSIA -EDAD-		CICLOS		VIDA SEXUAL ACTIVA									
2. ENF. PERINATAL	6. ENF. CARDIACA	10. ENF. METABOLICA	14. ENF. QUIRURGICA	18. RIESGO SOCIAL	22. DIETA Y HABITOS	GESTA		PARTOS		ABORTOS		CESAREAS		HIJOS VIVOS							
3. ENF. INFANCIA	7. ENF. RESPIRATORIA	11. ENF. HEMO LINF.	15. ENF. MENTAL	19. RIESGO LABORAL	23. RELIGION Y CULTURA	FUM		FUP		FUC				BIOPSIA							
4. ENF. ADOLESCENCIA	8. ENF. DIGESTIVA	12. ENF. URINARIA	16. ENF. TRANSM. SEX.	20. RIESGO FAMILIAR	24. OTRO	METODO DE P. FAMILIAR				TERAPIA HORMONAL		COLPOS COPIA		MAMO- GRAFIA							

3 ANTECEDENTES FAMILIARES		DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NUMERO.																	
1. CARDIOPAT		2. DIABETES		3. ENF. C. VASCULAR		4. HIPER TENSION		5. CANCER		6. TUBERCU LOSIS		7. ENF. MENTAL		8. ENF. INFECCIOSA		9. MALFORMACION		10. OTRO	

4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL		CRONOLOGIA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, FACTORES QUE AGRAVAN O MEJORAN, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, MEDICAMENTOS QUE RECIBE, RESULTADOS DE EXÁMENES ANTERIORES, CONDICIÓN ACTUAL.																	

5 REVISION ACTUAL DE ORGANOS Y SISTEMAS		CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGIA: MARCAR "X" Y DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NUMERO Y LETRA CORRESPONDIENTES										SP = SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA: MARCAR "X" Y NO DESCRIBIR									
CP SP		CP SP		CP SP		CP SP		CP SP		CP SP		CP SP		CP SP							
1 ORGANOS DE LOS SENTIDOS			4 ARDIO VASCULAR			7 GENITAL			10 MUSCULO ESQUELETICO			13 EMO LINFATICO									
2 RESPIRATORIO			5 DIGESTIVO			8 URINARIO			11 ENDOCRINO			14 ERVIOSO									

6 SIGNOS VITALES Y MEDICIONES

6 SIGNOS VITALES Y MEDICIONES								1 MASA CORPORAL	
PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDÍACA rpt/m	FRECUENCIA RESPIRATORIA rpt/m	TEMPERATURA BUCAL $^{\circ}\text{C}$	TEMPERATURA AXILAR $^{\circ}\text{C}$	PESO Kg	TALLA m	PERÍMETRO CEFÁLICO cm		

7 EXAMEN FISICO

R= REGIONAL S= SISTEMICO

CP = CON EVIDENCIA DE PATOLOGIA: MARCAR "X" Y DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NÚMERO Y LETRA CORRESPONDIENTES

**SP = SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA:
MARCAR "X" Y NO DESCRIBIR**

EXAMEN FÍSICO										ANOTANDO EL NÚMERO Y LETRA CORRESPONDIENTES										MARCAR "X" Y NO DESCRIBIR									
C P S P				C P S P				C P S P				C P S P				C P S P													
1R PIEL Y FANERAS				6R BOCA				11R ABDOMEN				1S ORGANOS DE LOS SENTIDOS				6S URINARIO													
2R CABEZA				7R ORO FARINGE				12R COLUMNA VERTEBRAL				2S RESPIRATORIO				7S MUSCULO ESQUELETICO													
3R OJOS				8R CUELLO				13R INGLE-PERINE				3S CARDIO VASCULAR				8S ENDOCRINO													
4R OIDOS				9R AXILAS - MAMAS				14R MIEMBROS SUPERIORES				4S DIGESTIVO				9S HEMO LINFÁTICO													
5R NARIZ				10R TORAX				15R MIEMBROS INFERIORES				5S GENITAL				10S NEUROLÓGICO													

8 DIAGNOSTICOS

8 DIAGNOSTICOS		CIE	PRE	DEF	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1					4				
2					5				
3					6				

9 PLANES

DE DIAGNOSTICO, TERAPEUTICOS Y EDUCACIONALES

[illegible]

CODIGO

						CODIGO	
		HORA FIN		MEDICO		FIRMA	

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
			M	F		

FECHA									
DIA DE INTERNACION									
DIA POSTQUIRURGICO									

1 SIGNOS VITALES

TRAZAR EN ROJO EL PULSO Y EN AZUL LA TEMPERATURA

PULSO O TEMP																		
	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
140																		
130																		
120																		
110																		
100																		
90																		
80																		
70																		
60																		
50																		
40																		

FRECUENCIA RESPIRATORIA																		
PRESION ARTERIAL																		

2 BALANCE HIDRICO

INGRESOS CC	PARENTERAL																	
	VIA ORAL																	
	TOTAL																	
ELIMINACIONES CC	ORINA																	
	DRENAJE																	
	OTROS																	
	TOTAL																	

3 MEDICIONES Y ACTIVIDADES

ASEO / BAÑO																		
PESO Kg																		
DIETA ADMINISTRADA																		
NUMERO DE COMIDAS																		
NUMERO DE MICCIONES																		
NUMERO DE DEPOSICIONES																		
ACTIVIDAD FISICA																		
CAMBIO DE Sonda																		
RECANALIZACION VIA																		
RESPONSABLE																		

SNS-MSP / HCU-form.005 / 2007

5 RESUMEN DE TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS

[illegible]

4 DIAGNOSTICOS

	DE INGRESO	CIE	PRE	DEF		DE EGRESO	CIE	PRE	DEF
1					1				
2					2				
3					3				
4					4				
5					5				

7 CONDICIONES DE EGRESO Y PRONOSTICO

8 MEDICOS TRATANTES

NOMBRE					ESPOECIALIDAD		CODIGO		FECHAS	
1										
2										
3										
4										

9 EGRESO

ALTA DEFINITIVA		ASINTOMATICO		DISCAPACIDAD MODERADA		RETIRO VOLUNTARIO		DEFUNCION ANTES 48 HORAS		DIAS ESTADA	
ALTA TRANSITORIA		DISCAPACIDAD LEVE		DISCAPACIDAD GRAVE		RETIRO INVOLUNTARIO		DEFUNCION DESPUES 48 HORAS		DIAS INCAPACIDAD	
CODIGO											
	MÉDICO		FIRMA								

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	CODIGO	LOCALIZACION			HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

7 CUADRO CLINICO DE INTERCONSULTA

8 PRUEBAS DIAGNOSTICAS PROPUESTAS

9 DIAGNÓSTICOS

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

CIE PRE DEF

CIE PRE DEF

1					4			
2					5			
3					6			

11 PLAN TERAPEUTICO PROPUESTO

12 PLAN EDUCACIONAL PROPUESTO

13 RESUMEN DEL CRITERIO CLINICO

CODIGO

SERVICIO		MÉDICO		FIRMA		
----------	--	--------	--	-------	--	--

INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	CODIGO	LOCALIZACION			Nº HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

1 REGISTRO DE ADMISION																	
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRES			NACIONALIDAD			Nº CÉDULA DE CIUDADANIA					
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL									CANTON			PROVINCIA			Nº TELÉFONO		
FECHA DE ATENCION	HORA	EDAD	SEXO		ESTADO CIVIL				INSTRUCCIÓN				OCUPACION	Nº SEGURO DE SALUD			
			MAS	FEM	SOL	CAS	DIV	VIU	UL	SIN	BASI	BACH		SUPE	ESPE	IESS	OTRO
NOMBRE DE LA PERSONA PARA NOTIFICACION			PARENTESCO O AFINIDAD			DIRECCION			Nº TELEFONO								
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE			Nº CÉDULA DE IDENTIDAD			DIRECCION			Nº TELEFONO								
FORMA DE LLEGADA			FUENTE DE INFORMACION			INSTITUCION O PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE			Nº TELEFONO								
AMBULATORIO		SILLA DE RUEDAS		CAMILLA													

MAS= MASCULINO FEM= FEMENINO SOL= SOLTERO CAS= CASADO DIV= DIVORCIADO VIU= VIUDO UL= UNION LIBRE SIN= SIN INSTRUCCION BASI= BASICA BACH= BACHILLERATO SUPE= SUPERIOR ESPE= ESPECIAL

2 INICIO DE ATENCION														
HORA		VIA AEREA LIBRE		VIA AEREA OBSTRUIDA		GRUPO - Rh		CONDICIONES DE LLEGADA	ESTABLE		INESTABLE		OTRO	
MOTIVO DE LLEGADA														

3 ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACION														NO APLICA			
LUGAR DEL EVENTO		DIRECCION DEL EVENTO				FECHA		HORA		VEHICULO O ARMA							
TIPO DE EVENTO						AUTORIDAD COMPETENTE											
ACCIDENTE		ENVENENAMIENTO		VIOLENCIA		OTRO				HORA DENUNCIA		CUSTODIA POLICIAL					
OBSERVACIONES																	
INTOXICACION						VIOLENCIA											
ALIENTO ETILICO		VALOR ALCOCHECK		HORA EXAMEN		SE HACE ALCOHOLEMIA		OTRAS SUSTANCIAS		SOSPECHA		ABUSO FISICO		ABUSO PSICOLOGICO		ABUSO SEXUAL	
OBSERVACIONES																	
QUEMADURA						PICADURA				MORDEDURA							
GRADO I		GRADO II		GRADO III		PORCENTAJE SUPERFICIE											

4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES RELEVANTES										PARA DESCRIBIR SEÑALE EL NUMERO Y LA LETRA CORRESPONDIENTE P= PERSONAL F= FAMILIAR		NO APLICA			
1. ALERGICOS		2. CLINICOS		3. GINECOLOGICOS		4. TRAUMATOLOGICOS		5. PEDIATRICOS		6. QUIRURGICOS		7. FARMACOLOGICOS		8. OTROS	

5 ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISION DE SISTEMAS										CRONOLOGIA - LOCALIZACION - CARACTERÍSTICAS - INTENSIDAD - FRECUENCIA - FACTORES AGRAVANTES		NO APLICA

6 CARACTERISTICAS DEL DOLOR		EVOLUCION			TIPO			MODIFICACIONES					ALIVIA CON				NO APLICA
REGION ANATOMICA	PUNTO DOLOROSO	AGUDO	SUB AGUDO	CRONICO	EPISODICO	CONTINUO	COLICO	POSICION	INGESTA	ESFUERZO	DIGITO PRESION	SE IRRADIA	ANTES PASMODICO	OPICEO	AINE	NO ALIVIA	INTENSIDAD LEVE MODERADO O GRAVE

7 SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES

PRESIÓN ARTERIAL		FRECUENCIA CARDIACA min		FRECUENCIA RESPIRAT. min		TEMPERATUR BUCAL °C		TEMPERATUR AXILAR °C		PESO Kg		TALLA m		PERIMET. CEFALIC cm	
GLASGOW INICIAL	OCULAR	VERBAL	MOTORA	TOTAL		REACCION PUPILAR DER		REACCION PUPILAR IZQ		T. LLENADO CAPILAR					

8 EXAMEN FISICO

R= REGIONAL S= SISTEMICO

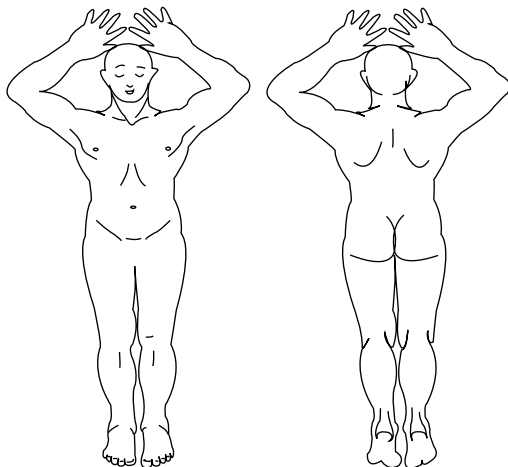
CP= CON EVIDENCIA DE PATOLOGIA: MARCAR "X" Y DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NÚMERO Y LETRA CORRESPONDIENTES SP= SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA: MARCAR "X" Y NO DESCRIBIR

CP SP		CP SP		CP SP		CP SP		CP SP	
1R PIEL Y FANERAS		6R BOCA		11R ABDOMEN		1S ORGANOS DE LOS SENTIDOS		6S URINARIO	
2R CABEZA		7R ORO FARINGE		12R COLUMNA VERTEBRAL		2S RESPIRATORIO		7S MUSCULO ESQUELETICO	
3R OJOS		8R CUELLO		13R INGLE-PERINE		3S CARDIO VASCULAR		8S ENDOCRINO	
4R OIDOS		9R AXILAS - MAMAS		14R MIEMBROS SUPERIORES		4S DIGESTIVO		9S HEMO LINFÁTICO	
5R NARIZ		10R TORAX		15R MIEMBROS INFERIORES		5S GENITAL		10S NEUROLÓGICO	

9 DIAGRAMA TOPOGRÁFICO

ANOTAR EL NUMERO SOBRE EL LUGAR DE LA LESION

NO APLICA



- 1 HERIDA PENETRANTE
- 2 HERIDA NO PENETRANTE
- 3 FRACTURA EXPUESTA
- 4 FRACTURA CERRADA
- 5 AMPUTACION
- 6 HEMORRAGIA
- 7 MORDEDURA
- 8 PICADURA
- 9 EXCORIACION
- 10 DEFORMIDAD O MASA
- 11 HEMATOMA
- 12 QUEMADURA G-I
- 13 QUEMADURA G-II
- 14 QUEMADURA G-III
- 15
- 16

10 EMBARAZO - PARTO

NO APLICA

GESTAS	PARTOS	ABORTOS	CESAREAS
FECHA ULTIMA MENSTRUACION	SEMANAS GESTACION		MOVIMIENTO FETAL
FRECUENCIA C. FETAL	MEMBRANAS ROTAS	TIEMPO	
ALTURA UTERINA	PRESENTACION		
DILATACION	BORRAMIENTO	PLANO	
PELVIS UTIL	SANGRADO VAGINAL	CONTRACCIONES	

11 ANALISIS DE PROBLEMAS

NO APLICA

12 PLAN DIAGNOSTICO

REGISTRAR ABAJO COMENTARIOS Y RESULTADOS, ANOTANDO EL NUMERO

NO APLICA

1. BIOMETRIA	3. QUIMICA SANGUINEA	5. GASOMETRIA	7. ENDOSCOPIA	9. R-X ABDOMEN	11. TOMOGRAFIA	13. ECOGRAFIA PELVICA	15. INTERCONSULTA
2. UROANALISIS	4. ELECTROLITOS	6. ELECTRO CARDIOGRAMA	8. R-X TORAX	10. R-X OSEA	12. RESONANCIA	14. ECOGRAFIA ABDOMEN	16. OTROS

13 DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS

CIE

14 DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

CIE

1		1	
2		2	
3		3	

15 PLAN DE TRATAMIENTO

DESCRIBIR ABAJO, ANOTANDO EL NUMERO

MEDICAMENTO GENÉRICO	VIA	DOSIS	POSOLOGIA	DIAS	1. INDICACIONES GENERALES	2. PROCEDIMIENTOS	3. CONSENTIMIENTO INFORMADO	4. OTROS
1								
2								
3								
4								

16 SALIDA

DOMICILIO	CONSULTA EXTERNA	OBSERVACION	INTERNACION	REFERENCIA	VIVO	ESTABLE	INESTABLE	DIAS DE INCAPACIDAD
SERVICIO		ESTABLECIMIENTO			MUERTO EN EMERGENCIA	CAUSA		
FECHA DE SALIDA	HORA DE SALIDA	MEDICO		FIRMA				CODIGO

INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		CODIGO		LOCALIZACION			HISTORIA CLÍNICA	
						PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA		
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		CÉDULA DE CIUDADANIA		

FECHA SOLICITUD	HORA	SERVICIO	SALA	CAMA	PROFESIONAL SOLICITANTE	PRIORIDAD			FECHA TOMA
						URGENTE	NORMAL	CONTROL	

1 HEMATOLOGIA

BIOMETRIA HEMÁTICA		INDICES HEMÁTICOS	
PLAQUETAS		T. PROTROMBINA	
GRUPO / Rh		TIEMPO T. PARCIAL	
RETICULOCITOS		DREPANOCITOS	
HEMATOZOARIO		COOMBS DIRECTO	
CÉLULA L.E.		COOMBS INDIRECTO	

2 QUIMICA SANGUINEA

GLUCOSA EN AYUNAS		TRANSAMINADA PIRÚVICA	
GLUCOSA 2 HORAS		TRANSAMINASA OXALACETICA	
UREA		FOSFATASA ALCALINA	
CREATININA		COLESTEROL TOTAL	
ACIDO URICO		COLESTEROL HDL	
BILIRRUBINAS		COLESTEROL LDL	
PROTEINAS		TRIGLICERIDOS	

3 COPROLOGICO

COPROPARASITARIO	
SANGRE OCULTA	
INV. POLIMORFO NUCLEARES	
ROTAVIRUS	

4 UROANALISIS

ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO		PRUEBA DE EMBARAZO	
GOTA FRESCA		CULTIVO-ANTIBIOGRAMA	
GRAM			

5 BACTERIOLOGIA

GRAM		FRESCO	
ZIEHL		CULTIVO - ANTIBIOGRAMA	
HONGOS		MUESTRA DE	

6 OTROS

INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		CODIGO		LOCALIZACION			HISTORIA CLÍNICA	
						PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA		
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			CÉDULA DE CIUDADANIA	

FECHA RECIBO	HORA	SERVICIO	SALA	CAMA	PROFESIONAL SOLICITANTE	PRIORIDAD			FECHA ENTREGA
						URGENTE	NORMAL	CONTROL	

1 HEMATOLOGICO

HCT	%	HGB	g / dl	VCM		RETICULOCITOS	
VELOCIDAD DE SEDIMENTACION			mmh	HCM		DREPANOCITOS	
PLAQUETAS			mmc	CHCM		GRUPO - FACTOR Rh	
LEUCOCITOS			mmc	HIPOCROMIA			
METAM	%	BASOF	%	ANISOCITOSIS		COOMBS DIRECTO	
CAYAD	%	MONOC	%	POIQUILOCIT.		COOMBS INDIR.	
SEGME	%	LINFO	%	MICROCITOSIS		T.PROTROMBINA	seg
EOSIN	%	ATIPÍ	%	POLICROMAT.		T T P	seg

3 COPROLOGICO

COLOR		HEMOGLOBINA		ESPORAS		FIBRAS	
CONSIST.		GLOBULOS ROJOS		MICELIOS		ALMIDON	
pH		POLIMORFOS		MOCO		GRASA	
PROTOZOARIOS		QUISTE		TROFO		HELMINTOS	
						HUEVO	
						LARVA	

2 QUIMICA

	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GLUCOSA EN AYUNAS			
GLUCOSA 2 HORAS			
UREA			
CREATININA			
ACIDO URICO			
BILIRRUBINA TOTAL			
BILIRRUBINA DIRECTA			
PROTEINA TOTAL			
ALBUMINA			
GLOBULINA			

	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
TRANSAMINASA PIRUVICA			
TRANSAMINASA OXALACETICA			
FOSFATASA ALCALINA			
COLESTEROL TOTAL			
COLESTEROL HDL			
COLESTEROL LDL			
TRIGLICERIDOS			

4 UROANALISIS

DENSIDAD		LEUCOCITOS PC	
pH		PIOCITOS PC	
PROTEINA		ERITROCITOS PC	
GLUCOSA		CELULAS ALTAS	
CETONA		BACTERIAS	
HEMOGLOBINA		HONGOS	
BILIRRUBINA		MOCO	
UROBILINOGENO		CRISTALES	
NITRITO		CILINDROS	


5 BACTERIOLOGIA

6 VARIOS

PROFE SIONAL		
FIRMA		
TECNOLOGO		
FIRMA		

CONTRARREFERENCIA

INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		CODIGO	LOCALIZACION			HISTORIA CLÍNICA	
					PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA		
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		CÉDULA DE CIUDADANIA	
FECHA SOLICITUD	HORA	SERVICIO	SALA	CAMA	PROFESIONAL SOLICITANTE			PRIORIDAD	
								URGENTE	NORMAL
								CONTROL	


1 ESTUDIO SOLICITADO									
R-X CONVENCIONAL		TOMOGRAFIA		RESONANCIA		ECOGRAFIA		PROCEDIMIENTOS	
DESCRIBIR 									
PUEDE MOVILIZARSE			PUEDE RETIRARSE VENDAS, APOSITOS O YESOS			EL MEDICO ESTARÁ PRESENTE EN EL EXAMEN			TOMA DE RADIOGRAFÍA EN LA CAMA

2 MOTIVO DE LA SOLICITUD

3 DIAGNOSTICOS					4 RESUMEN CLINICO		
CIE= CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES PRE: PRESUNTIVO DEF: DEFINITIVO				CIE	PRE	DEF	
1							
2							
3							
4							
5							

				MEDICO			FIRMA	
--	--	--	--	--------	--	--	-------	--

INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA			CODIGO	LOCALIZACION			HISTORIA CLÍNICA			
						PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA				
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE			CÉDULA DE CIUDADANIA			
FECHA INFORME		HORA	SERVICIO	SALA	CAMA	PROFESIONAL SOLICITANTE			PRIORIDAD		FECHA ENTREGA	
							URGENTE		NORMAL		CONTROL	

1 ESTUDIO DE IMAGENOLOGIA REALIZADO											
R-X CONVENCIONAL		TOMOGRAFIA		RESONANCIA		ECOGRAFIA		PROCEDIMIENTOS		OTROS	
DESCRIBIR											

[illegible]

3 DATOS BASICOS DE ECOGRAFIA OBSTETRICA									
MEDIDA		VALOR	EDAD GEST.	PESO		PLACENTA			
LONGITUD FEMUR	DIAMETRO BIPARIETAL					FUNDICA			
	PERIMETRO ABDOMIN AL					MARGINAL			
						PREVIA			
MASCULINO		FEMENINO		MULTIPLE		GRADO DE MADUREZ			

4 DATOS BASICOS DE ECOGRAFIA GINECOLOGICA						
UTERO				ANEXOS		
ANTEVERSION		FIBROMA		HIDROSALPIX		QUISTE
RETROVERSION		MIOMA		CAVIDAD UTERINA		
DIU		AUSENTE		VACIA		OCUPADA
FONDO DE SACO DOUGLAS						

5 DIAGNOSTICOS DE IMAGENOLOGIA		CIE
1		
2		
3		
4		
5		

6 RECOMENDACIONES

PLACAS ENMIADAS	10	30 X 40	4	8 X 10	1	14 X 14		14 X 17		18 X 24		ODONT		PALACAS DAÑADAS		CON MEDIO DE CONTRASTE	
-----------------	----	---------	---	--------	---	---------	--	---------	--	---------	--	-------	--	-----------------	--	------------------------	--

TECNICO R-X		
FIRMA		

MD RADIOLOGO		
FIRMA		

INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		CODIGO		LOCALIZACION			HISTORIA CLÍNICA											
						PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA												
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			CÉDULA DE IDENTIDAD											
FECHA SOLICITUD	HORA	SERVICIO	SALA	CAMA	PROFESIONAL SOLICITANTE			PRIORIDAD		FECHA TOMA										
								URGENTE	NORMAL	CONTROL										
1 ESTUDIO SOLICITADO																				
HISTOPATOLOGIA		CITOLOGIA		OTRO																
2 DIAGNÓSTICOS										CIE										
1																				
2																				
3																				
4																				
3 RESUMEN CLINICO																				
4 TRATAMIENTO QUE RECIBE																				
5 MUESTRA O PIEZA										DESCRIBIR EL PROCEDIMIENTO, ORIGEN, NUMERO Y ZONA										
6 DATOS BASICOS PARA LA CITOLOGIA VAGINAL																				
MATERIAL						ANTICONCEPCION			EDADES DE		PARIDAD		FECHAS							
ENDOCERVIX	EXOCERVIX	PARED VAGINAL	UNIÓN ESCAMO COLUMNAR	MUJON CERVICAL	OTRO	ORAL O INYECTABLE	DIU	LIGADURA	OTRO	TERAPIA HORMONAL	MENARQUIA	MENOPAUSIA	INICIO DE RELACIONES SEXUALES	GESTACIONES	PARTOS	ABORTOS	CESAREAS	ULTIMA MENSTRUACIÓN	ULTIMO PARTO	ULTIMA CITOLOGIA
SOLICITANTE										CODIGO		FECHA		RECIBIDO POR		CODIGO				
FIRMA												HORA		FIRMA						

INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		CODIGO	LOCALIZACION			HISTORIA CLÍNICA
					PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE			CÉDULA DE CIUDADANIA

FECHA SOLICITUD	HORA	SERVICIO	SALA	CAMA	SOLICITANTE	FECHA RECEPCION	FECHA ENTREGA	NUMERO DE LA PIEZA	NUMERO DEL INFORME

1 DESCRIPCION MACROSCOPICA

2 DESCRIPCION MICROSCOPICA

3 DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO	CIE	4 RECOMENDACIONES
1		
2		
3		
4		
5		

5 INFORME DE CITOLOGIA									
PAPANICOLAOU	I	II	III-A	III-B	III-C	IV	V-A	V-B	
OMS - DPH	NORMAL	INFLAMATORIO	DISPLASIA LEVE	DISPLASIA MODERADA	DISPLASIA SEVERA	CA. IN SITU	CA. ESCAMO CELULAR	CA. INVASOR	
NIC			I	II	III	III			
BETHESDA			LIE. BAJO	LIE. ALTO	LIE. ALTO	LIE. ALTO	CA	CA	
DIAGNOSTICO									
CONTROL	MUESTRA INADECUADA	BIOPSIA	CAUTERIZACION	COLPOSCOPIA	GRADO DE MADURACION		FECHA PROCESO		
HISTIOCITOS	FLORA BACTERIANA	ERITROCITOS	PATOGENOS	HONGOS	NUMERO DE MUESTRA		FECHA ENTREGA		

COMENTARIOS ADICIONALES

TECNOLOGO	MEDICO PATOLOGO	FIRMA

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO		NUMERO DE HOJA		HISTORIA CLINICA	
						M F					

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. ALERGIA ANTIBIOTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIH/SIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO		

1 MOTIVO DE CONSULTA											ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSION DEL INFORMANTE										
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL											SINTOMAS: CRONOLOGIA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SINTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL.										
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES										
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4 SIGNOS VITALES Y MEDICIONES											NO APLICA										
PRESIÓN ARTERIAL		FRECUENCIA CARDIACA min		FRECUENCIA RESPIRAT. min		TEMPERATURA BUCAL °C		TEMPERATURA AXILAR °C		PESO Kg		TALLA m									

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO											DESCRIBIR LA PATOLOGIA DE LA REGION AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO										
1. LABIOS		2. MEJILLAS		3. MAXILAR SUPERIOR		4. MAXILAR INFERIOR		5. LENGUA		6. PALADAR		7. PISO		8. CARRILLOS							
9. GLANDULAS SALIVALES		10. ORO FARINGE		11. ATM		12. GANGLIOS															

6 ODONTOGRAMA										
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA

Caries O Restaurac. / Retos radic. F Corona C Prótesis remov. U U Prótesis total □

Sellante * Extracción X Ausente A Trat. endodon. I Prótesis fija. 0-0

Usar color ROJO para Patología actual AZUL para tratamientos odontológicos realizados

[illegible]

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA									
			M	F											
1 MEDICAMENTOS INI= INICIALES DEL RESPONSABLE FUN= SUMILLA															
PRESENTACION, VIA, DOSIS UNITARIA, FRECUENCIA	DIA Y MES														
	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA									
			M	F											
1 MEDICAMENTOS INI= INICIALES DEL RESPONSABLE FUN= SUMILLA															
PRESENTACION, VIA, DOSIS UNITARIA, FRECUENCIA	DIA Y MES														
	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN	HORA	INI	FUN
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															

INSTITUCION DEL SISTEMA				UNIDAD OPERATIVA				CODIGO				LOCALIZACION				HISTORIA CLINICA FAMILIAR																																																																															
DIRECCION DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y NUMERO - MANZANA Y CASA)				BARRIO				ZONA				PARROQUIA				CANTON																																																																															
NOMBRE DE LA PERSONA PARA NOTIFICACION				PARENTESCO O AFINIDAD				DIRECCION				TELEFONO																																																																																			
CATEGORIAS																DIAGNOSTICO DEL RIESGO SOCIAL																																																																															
PUNTAJE (1 + 2)																25 - 30																																																																															
10 - 14																15 - 19																																																																															
20 - 24																25 - 30																																																																															
0																0																																																																															
TRABAJADORA SOCIAL																CODIGO																																																																															
FIRMA																LUGAR																																																																															
MARCAR "X" EN LA CELDA CORRESPONDIENTE. MULTIPLICAR POR EL NUMERO DE COLUMNA Y SUMAR																MARCAR "X" EN LA CELDA CORRESPONDIENTE. MULTIPLICAR POR EL NUMERO DE COLUMNA Y SUMAR																																																																															
1 VIVIENDA Y SERVICIOS																2 CONDICIONES SOCIO ECONOMICAS																3 RIESGO FAMILIAR																																																															
1 CALIDAD DE LA VIVIENDA																1 HIJOS QUE SE EDUCAN																1 DESORGANIZACION FAMILIAR																																																															
2 PERSONAS X DORMITORIO																2 ALIMENTACION																2 VIOLENCIA																																																															
3 AGUA PARA CONSUMO																3 DEPENDEN DEL JEFE FAMILIAR																3 MIGRACION																																																															
4 LUZ ELECTRICA																4 MIEMBROS CON ENFERMEDADES CRONICAS																3 DISCAPACITADOS																																																															
5 SERVICIO HIGIENICO																5 INGRESO FAMILIAR MENSUAL																3 ENFERMOS CRONICOS																																																															
TOTAL PUNTOS (A) 0																TOTAL PUNTOS (B) 0																ADULTOS MAYORES																																																															
SUBTOTAL (1) 0																SUBTOTAL (2) 0																SUBTOTAL (3) 0																																																															
MARCAR "X" EN LA CELDA CORRESPONDIENTE Y SUMAR																MARCAR "X" EN LA CELDA CORRESPONDIENTE Y SUMAR																MARCAR "X" EN LA CELDA CORRESPONDIENTE Y SUMAR																																																															
4 ESTRUCTURA DEL GRUPO FAMILIAR																ESTADO CIVIL																PARENTESCO																ACTIVIDAD ECONOMICA																INGRESO MENSUAL																SEGURO SOCIAL															
ORDEN - PADRE - MADRE - HIJOS DE MAYOR A MENOR - ABUELOS - OTROS PARIENTES - NO PARIENTES																CASADO																ABUELO																EMPLEADO PUBLICO																MAS DE 200																SIN SEGURO															
MARQUE UNA SOLA X PARA CADA GRUPO DE RESPUESTAS																VIUDO																HIJO																EMPLEADO PRIVADO																MENOS DE 100																SEGURO PRIVADO															
NOMBRES																DIVORCIADO																PADRE O MADRE																OBRERO O JORNALERO																151 - 200																SEGURO PUBLICO															
PRIMER Y SEGUNDO																SOLTERO																SUPERIOR																AMA DE CASA																100 - 150																MAS DE 200															
CÉDULA																CASO																SECUNDARIA																INDEPENDIENTE																151 - 200																MAS DE 200															
3																8																18																25																31																34															
4																9																19																26																32																35															
5																10																20																27																33																36															
6																11																30																28																34																37															
7																12																15																24																29																35															
8																13																16																23																29																36															
9																14																17																24																30																37															
10																15																21																25																32																39															
11																16																22																26																33																40															
12																17																23																27																34																41															
13																18																24																28																35																42															
14																19																25																29																36																43															
15																20																26																30																37																44															
16																21																27																31																38																45															
17																22																28																32																39																46															
18																23																29																33																40																47															
19																24																30																34																41																48															
20																25																31																35																42																49															
21																26																32																36																43																50															
22																27																33																37																44																51															
23																28																34																38																45																52															
24																29																35																39																46																53															
25																30																36																40																47																54															
26																31																37																41																48																55															
27																32																38																42																49																56															
28																33																39																43																50																57															
29																34																40																44																51																58															
30																35																41																45																52																59															
31																36																42																46																53																60															
32																37																43																47																54																61															
33																38																44																48																55																62															
34																39																45																49																56																63															
35																40																46																50																57																64															
36																41																47																51																58																65															
37																42																48																52																59																66															
38																43																49																53																60																67															
39																44																50																54																61																68															
40																45																51																55																62																69															
41																46																52																56																63																70															
42																47																53																57																64																71															
43																48																54																58																65																72															
44																49																55																59																66																73															
45																50																56																60																67																74															
46																51																57																61																68																75															
47																52																58																62																69																76															
48																53																59																63																70																77															
49																54																60																64																71																78															
50																55																61																65																72																79															
51																56																62																66																73																80															
52																57																63																67																74																81															
53																58																64																68																75																82															
54																59																65																69																76																83															
55																60																66																70																77																84															
56																61																67																71																78																85															
57																62																68																72																79																86															
58																63																69																73																80																87															
59																64																70																74																81																88															
60																65																71																75																82																89															
61																66																72																76																83																90															
62																67																73																77																84																91															
63																68																74																78																85																92															
64																69																75																79																86																93															
65																70																76																80																87																94															
66																71																77																81																88																95															
67																72																78																82																89																96															
68																73																79																83																90																97															
69																74																80																84																91																98															
70																75																81																85																92																99															
71																76																82																86																93																100															
72																77																83																87																94																101															
73																78																84																88																95																102															
74																79																85																89																96																103															
75																80																86																90																97																104															
76																81																87																91																98																105															
77																82																88																92																99																106															
78																83																89																93																100																107															
79																84																90																94																101																108															
80																85																91																95																102																109															
81																86																92																96																103																110															
82																87																93																97																104																111															
83																88																94																98																105																112															
84																89																95																99																106																113															
85																90																96																100																107																114															
86																91																97																101																108																115															
87																92																98																102																109																116															
88																93																99																103																110																117															
89																94																100																104																111																118															
90																95																101																105																112																119															
91																96																102																106																113																120															
92																97																103																107																114																121															
93																98																104																108																115																122 </															

[illegible]

**Lista de
formularios
del Registro
Médico Orientado
por Problemas**

Lista de formularios del Registro Médico Orientado por Problemas

Estos formularios deberán ser utilizados en forma inicial por los profesionales formados en el manejo del Registro Médico Orientado por Problemas; para posteriormente de **manera progresiva** difundir su utilización por todos los profesionales de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Formulario SNS MSP	Denominación	Anverso	Reverso
031	Lista de problemas	Lista de problemas (1)	Lista de problemas (2)
032	Notas de evolución	Notas de evolución SOAP (1)	Notas de evolución SOAP (2)
033	Prescripciones médicas	Prescripciones médicas (1)	Prescripciones médicas (2)
034	Lista de diagnósticos	Lista de diagnósticos	Lista de diagnósticos
035	Concentración de laboratorio	Concentración de laboratorio (1)	Concentración de laboratorio (2)
036	Concentración de exámenes especiales	Concentración de exámenes especiales (1)	Concentración de exámenes especiales (2)

**Formularios
del Registro
Médico Orientado
por Problemas**

[illegible]

S: SUBJETIVO **O:** OBJETIVO **A:** ANALISIS **P:** PLANES DIAGNOSTICO (Dg), TERAPEUTICO (Tp), EDUCACIONAL (Ed)

NOTAS DE EVOLUCION (1)

S: SUBJETIVO **O:** OBJETIVO **A:** ANALISIS **P:** PLANES DIAGNOSTICO (Dg), TERAPEUTICO (Tp), EDUCACIONAL (Ed)

			S	COMENTARIO INICIAL Y NOTAS DE EVOLUCION	
--	--	--	---	---	--

SNS-MSP / HCU-form.032 / 2007 CONTINUAR EN LA SIGUIENTE HOJA NOTAS DE EVOLUCION (2)

[illegible]

[illegible]

RESULTADOS: CURADO. MEJOR. PEOR. MUERTO

SNS-MSP / HCU-form.034 / 2007

CONTINUAR EN LA SIGUIENTE HOJA

LISTA DE DIAGNOSTICOS Y MANEJO (1)

RESULTADOS: CURADO, MEJOR, PEOR, MUERTO

SNS-MSP / HCU-form.034 / 2007 CONTINUAR EN LA SIGUIENTE HOJA LISTA DE DIAGNOSTICOS Y MANEJO (2)

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO		NUMERO DE HOJA		HISTORIA CLINICA	
						M	F				
LLENADO POR ENFERMERIA											
1		2		3		4		5		6	
FECHA											
RESPONSABLE											
REPORTADO POR											
1 HEMATOLOGICO	HCT - HGB										
	PLAQUETAS										
	LEUCOCITOS										
	FORMULA LEUCOCITARIA	CAY	BAS	CAY	BAS	CAY	BAS	CAY	BAS	CAY	BAS
		SEG	MON	SEG	MON	SEG	MON	SEG	MON	SEG	MON
		EOS	LIN	EOS	LIN	EOS	LIN	EOS	LIN	EOS	LIN
	VSG										
	TP / TTP										
	GRUPO / Rh										
	HEMATOZOARIO / INR										
HCM / CMHC											
HIERRO SERICO / TRANSFERRINA											
2 QUIMICA SANGUINEA	GLUCOSA AYUNAS / 2 HORAS										
	UREA / CREATININA										
	BILIRRUBINA TOTAL / DIRECTA										
	ALT (TGP) / AST (TGO)										
	FOSFATASA ALCALINA / ACIDA										
	HDL / LDL										
	COLESTEROL T. / TRIGLICERIDOS										
	ALBUMINA / GLOBULINA										
	AMILASA / LIPASA										
	HEMATOZOARIO / RETICULOCITOS										
	ACIDO URICO / APE										
	CPK / MIO										
	CK-MD / TROPONINA										
	LDH / DIMERO-D										
	HbGLICOSILADA / FRUCTOSAMINA										
SODIO / POTASIO											
CALCIO / FOSFORO											
3 COPRO	POLIMORFOS / HEMOGLOBINA										
	MOCO / GRASA										
	PARASITOS										
4 UROANALISIS	DENSIDAD / pH										
	PROTEINA / GLUCOSA										
	CETONA / HEMOGLOBINA										
	BILIRRUBINA / UROBILINOGENO										
	NITRITO / LEUCOCITOS										
	PIOCITOS / ERITROCITOS										
	CRISTALES										
	CILINDROS										
5 GASOMETRIA	pH										
	PAO2 / PACO2										
	SAT02 /										
	HCO3 / BE										
6 VARIOS	VDRL / FTA										
	HbSAg / antiHVC										
	PCR / LATEX										
	VIH										

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO		NUMERO DE HOJA		HISTORIA CLINICA	
						M	F				
LLENADO POR ENFERMERIA											
FECHA		8	9	10	11	12	13	14			
RESPONSABLE											
REPORTADO POR											
1 HEMATOLOGICO	HCT - HGB										
	PLAQUETAS										
	LEUCOCITOS										
	FORMULA LEUCOCITARIA	CAY	BAS	CAY	BAS	CAY	BAS	CAY	BAS	CAY	BAS
		SEG	MON	SEG	MON	SEG	MON	SEG	MON	SEG	MON
		EOS	LIN	EOS	LIN	EOS	LIN	EOS	LIN	EOS	LIN
	VSG										
	TP / TTP										
	GRUPO / Rh										
	HEMATOZOARIO / INR										
HCM / CMHC											
HERRO SERICO / TRANSFERRINA											
2 QUIMICA SANGUINEA	GLUCOSA AYUNAS / 2 HORAS										
	UREA / CREATININA										
	BILIRRUBINA TOTAL / DIRECTA										
	ALT (TGP) / AST (TGO)										
	FOSFATASA ALCALINA / ACIDA										
	HDL / LDL										
	COLESTEROL T. / TRIGLICERIDOS										
	ALBUMINA / GLOBULINA										
	AMILASA / LIPASA										
	HEMATOZOARIO / RETICULOCITOS										
	ACIDO URICO / APE										
	CPK / MIO										
	CK-MD / TROPONINA										
	LDH / DIMERO-D										
	HbGLICOSILADA / FRUCTOSAMINA										
SODIO / POTASIO											
CALCIO / FOSFORO											
3 COPRO	POLIMORFOS / HEMOGLOBINA										
	MOCO / GRASA										
	PARASITOS										
4 UROANALISIS	DENSIDAD / pH										
	PROTEINA / GLUCOSA										
	CETONA / HEMOGLOBINA										
	BILIRRUBINA / UROBILINOGENO										
	NITRITO / LEUCOCITOS										
	PIOCITOS / ERITROCITOS										
	CRISTALES / CILINDROS										
5 GASOMETRIA	pH										
	PAO2 / PACO2										
	SAT02 /										
	HCO3 / BE										
6 VARIOS	VDRL / FTA										
	HbAg / antiHVC										
	PCR / LATEX										
	VIH										

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
			M	F		

LLENADO POR ENFERMERIA

Nº	FECHA	EXAMEN ESPECIAL SOLICITADO	RESULTADO	RESPON SABLE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		NUMERO DE HOJA	HISTORIA CLINICA
			M	F		

LLENADO POR ENFERMERIA

Nº	FECHA	EXAMEN ESPECIAL SOLICITADO	RESULTADO	RESPON SABLE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				



Sistema Nacional de Salud

Ministerio de Salud Pública - Ministerio de Bienestar Social

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social - Asociación de Facultades y Escuelas de Medicina del Ecuador
Gremios Profesionales - Junta de Beneficencia de Guayaquil - Sociedad de Lucha contra el Cáncer - Fuerza
Pública - Consorcio de Consejos Provinciales del Ecuador Asociación de Municipalidades del Ecuador
Entidades de Salud Privada - Organizaciones No Gubernamentales - Trabajadores de la Salud



**Organización
Panamericana
de la Salud**

*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

Agosto 2007